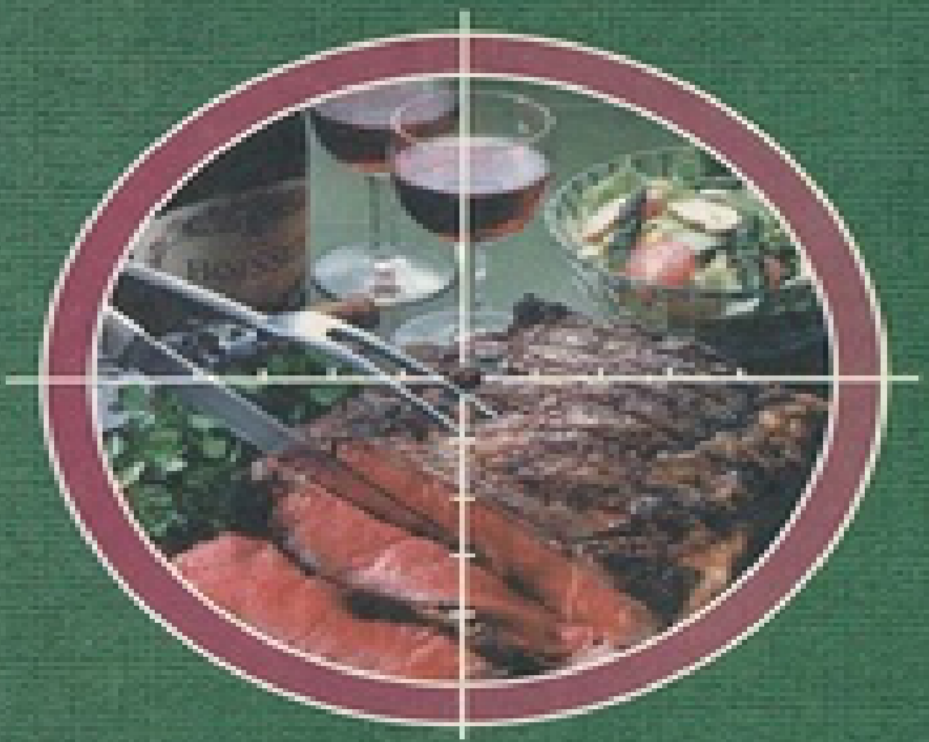
Лечебное ГОЛОДАНИЕ при внутренних болезнях

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ



SHOUT
SHARE
IT

Annotation

В книге освещены современные представления о физиологической сущности лечебного голодания (разгрузочно-диетической терапии), показаниях и противопоказаниях для его назначения и основных методах проведения.

Книга предназначена для врачей-клиницистов различных специальностей, предполагающих использование в лечебных целях разгрузочно-диетической терапии.

Авторы:

Кокосов Алексей Николаевич — заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения терапии ГНЦ пульмонологии МЗ РФ, г. Санкт-Петербург.

Луфт Валерий Матвеевич — доктор медицинских наук, профессор Военно-медицинской академии г. Санкт-Петербурга.

Ткаченко Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры гастроэнтерологии Военно-медицинской академии, главный гастроэнтеролог г. Санкт-Петербурга.

Хорошилов Игорь Евгеньевич — кандидат медицинских наук, Военно-медицинская академия

- Кокосов А. Н., Луфт В. М., Ткаченко Е. И., Хорошилов И. Е
  - Введение
  - КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА
  - 1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
  - 2. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ
  - 3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
  - 4. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА, ПРАКТИКУЮЩЕГО РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ
  - 5. МЕТОДИКИ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
  - 6. ВЫБОР МЕТОДИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ, СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ
  - 7. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
- 8. ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ (ОСЛОЖНЕНИЯ) РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ; ПУТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
- 9. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
- ПРИЛОЖЕНИЕ
  - МАТЕРИАЛЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И АМБУЛАТОРНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ в условиях частного медицинского центра
    -
    - Основные принципы отбора больных
    - Предварительная, в том числе психологическая, подготовка пациентов
    - Проведение РДТ
  - ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА
  - РЕЦЕПТЫ БЛЮД, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ
- ЛИТЕРАТУРА

Кокосов А. Н., Луфт В. М., Ткаченко Е. И., Хорошилов И. Е

Лечебное голодание при внутренних болезнях

Методическое пособие

Введение

Разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) — немедикаментозный метод лечения, который «вышел из недр» традиционной медицины, и в нашей стране за сравнительно короткий промежуток времени (около 30 лет) прошел, по заданию Главного лечебного управления Минздрава, целенаправленную научно-практическую апробацию в ведущих клиниках страны.

В последние годы РДТ обогатилась новыми методиками (абсолютное, комбинированное и др. лечебное голодание), разработанными и апробированными в клиниках С.Петербурга, Перми, Иваново и др. городов страны, а также масштабным организационно-методическим опытом применения не только в стационарных, но также в санаторно-курортных учреждениях и оздоровительных центрах Республики Бурятия (Забайкалье), что неоднократно обсуждалось на «Байкальских чтениях» в этой республике в 2001–2005 г.г., с участием специалистов России и стран СНГ, а также представителями Дальнего Зарубежья (Франция, США, Германия, Австралия).

Все указанное позволяет переиздать выпущенные ранее, по линии Минздрава, методические рекомендации для врачей. Однако следует подчеркнуть, что практическое применение метода РДТ возможно лишь специалистом, прошедшим специальную подготовку. Другим важным условием является согласие (желание) больного лечится этим методом.

Авторы надеются, что владение методикой РДТ значительно расширит возможности любого врача-лечебника в деле реальной помощи своим пациентам.

КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

История использования голода в качестве лечебного средства так же стара, как и сам мир. Есть немало оснований считать, что к периодическому воздержанию от пищи обращались еще первобытные люди; подобно тому, как это делают заболевшие животные. В ранних сведениях об истории человечества голодание упоминалось не только как лечебное, но и как нравственно-воспитательное действо. Его применяли врачи, философы и жрецы.

В естественной эволюции голодания, как метода лечебного воздействия, можно условно выделить три основных периода:

1). эмпирический;

2). экспериментальный;

3). клинико-лабораторный.

Эмпирический период. По свидетельству историка Геродота, философ и математик Пифагор (VI в. до н. э.) систематически голодал до 40 дней. Древнегреческие философы Сократ и Платон периодически прибегали к 10-суточному голоданию, которое помогало им достигать «высшей степени умственного проникновения». Знаменитые врачи прошлого — Гиппократ и Ибн-Сина (Авиценна) рекомендовали своим пациентам голодание при многих болезнях общего характера; при этом Авиценна предпочитал пост продолжительностью до 3-х недель

В период Средневековья идеи использования голодания для лечения и оздоровления организма были преданы забвению, а на передний план выдвинулось канонизированное учение древнеримского врача Галена с рекомендацией «лекарственной» терапии.

В эпоху Возрождения, начиная с VI в., интерес к естественным методам лечения и оздоровления пробудился благодаря, главным образом, идеям и практическому опыту венецианского врача Людвига Корнаро (1465–1566 г.г.) и швейцарского врача — известного ученого того времени (1493–1541 г.г.) Парацельса. Определенным этапом в развитии указанных представлений явились также идеи немецких врачей — Ф. Гоффмана (1660–1742 г.г.) и К.В. Гуфеланда (1762–1836 г.г.), которые активно выступали за реформу питания, развивая идеи о «воздержанном образе жизни и умеренности в употреблении пищи».

Русские врачи начали использовать периодическое голодание в целях лечения со второй половины XVIII в. Возможно, побудительным стимулом к этому явился трактат профессора медицинского факультета Московского университета Петра

Вильяминова «Слово о постах как средстве предохранения от болезней» (1769 г.).

Последующими этапами этого процесса следует считать публикацию профессора И.Г. Спасского в Военно-медицинском журнале (1834 г.) «Успешное действие голода на перемежающиеся лихорадки» и диссертацию на тему «Материалы для вопроса о голодании», выполненную В.А. Монасеиным в клинике профессора С.П. Боткина в Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга в 1869 году.

Экспериментальный период. В России он начался в конце XIX — начале XX в., когда ученик С.П. Боткина профессор В.В. Пашутин со своими сотрудниками изучил физиологические и патофизиологические особенности абсолютного, полного и частичного голодания в эксперименте на животных и в клинических условиях. По его мнению, «голодание есть состояние организма, когда его траты не восполняются полностью или частично извне и он вынужден существовать за счет своих собственных ресурсов». Основополагающими для применения этого метода в клинической практике явились высказывания В.В. Пашутина о том, что при «при голодании скорее погибают старые элементы, как обладающие меньшим запасом энергии», а «повторное не очень глубокое голодание представляет для центральной нервной системы своего рода гимнастику, ведущую к тому, что нервная система с каждым новым голоданием все сильнее сдерживает расходование запасов тела» (Пашутин В.В., 1902 г.).

Клинико-лабораторный период. Этот период в нашей стране следует отсчитывать с 1940–1950 г.г., когда начал свои исследования московский клиницист-психиатр Ю.С. Николаев, его ученики и последователи. Они показали перспективность лечебного голодания при некоторых душевных болезнях, а также при сопутствующей соматической патологии? и этим во многом способствовали возвращению этого метода в широкую клиническую практику. Последнее наиболее ярко проявилось в Забайкалье, в Республике Бурятия, где Министерство здравоохранения и курортное управление «Байкал-курорт» получили достаточно высокую эффективность от применения этого метода (см. в книге: «РДТ в Республике Бурятия 10 лет: Сборник, Иркутск: Изд-во Облмашинформ», 2004 г).

1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Под *голоданием* следует понимать состояние организма при полном или недостаточном поступлении пищевых веществ, а также выраженных нарушениях их состава или усвоения.

Голодание может быть полное («влажное»), абсолютное («сухое») или частичное («недоедание»). Лечебное значение имеет лишь полное и абсолютное голодание; частичное голодание лечебного значения не имеет, более того, при его большая продолжительность может привести к алиментарной дистрофии; примерами тому являются трагические события «ленинградской блокады». Лечебное голодание, естественно, имеет определенные пределы. Физиологи установили их экспериментально: величина запасов, которые организм может использовать при голодании до наступления полного истощения, составляет 40–45 % массы тела. При потере ее до 25 %, при точном соблюдении методики лечебного голодания, в органах и тканях не происходит никаких необратимых патологических изменений. Так, при проведении лечебного голодания продолжительностью до 30 дней, потеря массы тела составляет 12–18 %, что значительно ниже безопасной границы.

В процессе разгрузочно-диетической терапии (РДТ) — этот термин был введен в практику профессором Ю.С. Николаевым — происходит адаптация организма к новым условиям жизнедеятельности, то есть переход с экзогенного на эндогенное питание. В первые 36 часов эндогенного питания организм использует для своего жизнеобеспечения углеводы. Но их запасы, по сравнению с белками и, особенно, жирами, относительно не велики. Так, средний индивидуум с основным обменом 1800 ккал.\сут., отражающим близкий к истинному для большинства людей уровень энергетических запасов, включает в последние — 15 кг. жиров, эквивалентных 141 000 ккал, 65 кг белков — 24 000 ккал. и лишь 225 кг углеводов — 900 ккал. Поэтому через 36 часов энергетические потребности организма обеспечиваются уже за счет глюкогенных аминокислот (глюконеогенез), запасы которых также невелики. К 3-м суткам полного голодания использование углеводов как источника энергетического жизнеобеспечения уменьшается в 1,5 раза и одновременно более чем в 2 раза возрастает использование

жировых запасов, в первую очередь в виде триглицеридов и холестерина. Указанное имеет большой физиологический смысл, ибо жировых энергетических запасов в организме неизмеримо больше.

После 3-суточного голодания поддержание необходимого уровня глюкозы в крови обеспечивается в основном за счет глюконеогенеза жировой ткани. Известно выражение «жиры сгорают в пламени углеводов», т. е. для того, чтобы жиры в организме окислились полностью — до углекислого газа (CO_2) и воды, необходимо достаточное количество углеводов. Но при отсутствии экзогенного поступления последних их запасы ограничены: внутренние потребности организма в энергии обеспечиваются на 82 % за счет жиров, на 15 % за счет белков и лишь на 3 % за счет углеводов. В условиях недостатка последних как энергетического материала окисление жиров происходит неполноценно, т. е не до конечных продуктов их метаболизма, а потому в крови и тканях постепенно накапливаются промежуточные продукты их обмена. Образующиеся при расщеплении триглицеридов жировой ткани неэстерифицированные жирные кислоты, которые доставляют около 50 % общего количества калорий, обеспечивающих жизнедеятельность организма в условиях полного голодания, окисляются лишь до промежуточных метаболитов жирового обмена — кетоновых тел: ацетона, ацетоуксусной, — оксимасляной кислот и др. Это формирует состояние нарастающего ацидоза, которое продолжается до 9-10 дней полного голодания.

В клинической практике ацидоз обычно принято отождествлять с патологическим, трудно управляемым состоянием, осложняющим целый ряд тяжелых болезней: сахарный диабет, астматическое состояние и др. При РДТ, с компенсированным (управляемым) ацидозом, при котором активация всех эфферентных (выделительных) систем организма и регулярное проведение так называемых очистительных процедур с самого начала голодания обеспечивают постоянное выведение из организма продуктов метаболизма (эндотоксинов, «шлаков») и, одновременно, способствуют активации адаптационных механизмов (саногенез). В этом, естественно, принимают участие центральная и периферическая нервная система, гипоталамус и основные эндокринные железы (гипофиз, надпочечники, щитовидная и поджелудочная железы) в их целесообразном, запрограммированным саногенезом, взаимодействии.

Управляемый, в основном метаболический, ацидоз

способствует фиксации растворенного в крови углекислого газа клетками тканей по принципу фотосинтеза; при несвойственном организму (в обычных условиях жизнедеятельности) эндогенном режиме питания «растормаживаются» древние реакции, свойственные некоторым млекопитающим, способным усваивать углекислый газ из воздуха, подобно растениям, обеспечивая, тем самым, синтез белковых и других органических соединений. В состоянии стресса синтез нуклеиновых кислот (наследственного аппарата клеток), аминокислот и других биологически активных веществ (БАВ), необходимых для продолжения жизнедеятельности, находится в прямо пропорциональной зависимости от процесса фиксации углекислого газа клетками. Основным «сырьем» для этого синтеза являются, кроме углекислоты, кетоновые тела, а также балластные белки, которые образуются в процессе жизнедеятельности организма как промежуточные продукты обмена и аутолиза нежизнеспособных тканей. В этих условиях стресса, отсутствия экзогенного питания и нарастающего ацидоза «растормаживаются» и другие древние функции аварийного, саногенетического плана, сформировавшиеся в фило- и онтогенезе. Например, макрофаги, кроме свойственной им в обычных условиях жизнедеятельности, при экзогенном питании, защитной функции фагоцитоза чужеродного антигенного материала, проявляют «пластическую» функцию: перерабатывают своими лизосомальными ферментами «балластные» белки в иные, пригодные в условиях эндогенного питания для реструктуризации жизнеспособной ткани.

М.Ф. Гулый (1977) в течение 14 дней полного голодания, т. е. в условиях эндогенного питания, наблюдал синтез достаточного количества изофермента амилазы, содержащейся в слюне и поджелудочной железе; этот фермент отличается от участвующего в пищеварительном процессе в условиях экзогенного питания меньшим количеством серосодержащих аминокислот. После окончания голодания синтез этого фермента прекращался. Возможно, что выявленная ферментная перестройка в условиях эндогенного питания была обусловлена необходимостью перераспределения серосодержащих ферментных соединений для усиления барьерных функций эпителиального (кожного) покрова.

Использование кетоновых тел для целей эндогенного питания снижает уровень кетоацидоза. Наряду с этим, кетоновые тела расходуются в процессе глюконеогенеза глюкозы; последнее несколько поднимает ее уровень в крови и тканях. Все это вместе взятое способствует компенсации метаболического ацидоза, определяя состояние нарастающего ацидотического криза и

перехода голодающего организма на эндогенное питание.

У млекопитающих синтез белковых и других структур проходит через процесс карбоксилирования с образованием соединений углерода, причем чем выше уровень фиксации углекислого газа клетками, тем более полноценно происходит карбоксилирование нуклеиновых кислот. Это, в свою очередь, обеспечивает полноценный синтез аминокислот.

С другой стороны, полноценный генетический материал улучшает фиксацию углекислого газа клетками. Указанное объясняет достаточность эндогенного питания для обеспечения потребностей организма в условиях проведения РДТ.

С переходом во время лечебного голодания на использование для энергетического обеспечения жизнедеятельности организма преимущественно жировой ткани, в крови постепенно накапливаются углекислый газ и кетоновые тела, т. е. преимущественно метаболический ацидоз постепенно и неуклонно нарастает. Примерно на 6-7-е сутки полного голодания наступает пик ацидоза — ацидотический криз; в этот момент фиксация клетками углекислого газа и кетоновых тел достигает своего апогея и создает качественно новое состояние в жизнедеятельности клеток организма: они начинают использовать углекислый газ по принципу фотосинтеза. Одновременно утилизация кетоновых тел опережает их образование и накопление. Указанное приводит к замедлению сдвига показателя pH в кислую сторону; этот показатель даже несколько снижается по сравнению с таковым до ацидотического криза, т. е. происходит компенсация метаболического ацидоза, которая сохраняется в последующем в течение определенного времени, вплоть до окончания стадии компенсированного кетоацидоза.

В условиях проведения РДТ потеря массы тела в пределах 7-12 % от ее исходного уровня вполне закономерна. Интенсивность этой потери зависит от многих факторов внешней и внутренней среды организма: температуры, влажности, чистоты воздуха, возраста пациента, его конституциональных особенностей, состояния нервной системы, степени физической активности в процессе голодания и др. Так, например, подвижные дети и молодые пациенты при голодании теряют массу тела интенсивнее, чем более пожилые субъекты.

Наибольшее снижение массы тела имеет место в первые дни лечебного голодания, до ацидотического криза, за счет быстрого сгорания сравнительно небольшого запаса углеводов (см. выше) и сравнительно интенсивной потери жидкости. Поэтому при наличии сопутствующего ожирения более целесообразно

непродолжительное, до 5–7 дней, но повторное голодание («ступенчатый» метод). По мере адаптации к новым условиям «эндогенного питания» организм приступает к утилизации запасов жиров и примерно через 3 суток полного голодания темп снижения массы тела замедляется.

Переход в процессе «эндогенного питания» на преимущественное использование жировых запасов (генетически) запрограммирован организмом «на случай голодания», и это обусловливает ряд существенных сдвигов в его внутренней среде в процессе нарастания метаболического ацидоза. Так, значительно снижается дыхательный коэффициент; наблюдается снижение уровня сахара и щелочных резервов крови. При нарастании ацидотических сдвигов возбуждается дыхательный центр. Это приводит к увеличению глубины дыхания и, соответственно, к увеличению выделения через легкие кетоновых тел с парами воды, что является также мерой компенсации метаболического (газового) ацидоза. В выдыхаемом воздухе в этот период может ощущаться своеобразный запах ацетона («прелых яблок»), а самочувствие голодающего может быть снижено за счет вялости, быстрой утомляемости, подавленного настроения, головных болей и парестезий разной локализации.

Несколько позднее включаются и другие механизмы компенсации ацидоза; в качестве щелочи используется аммиак, образующийся в результате распада белковых структур, а также бикарбонаты и другие буферные системы организма. После 7-9-го дня полного голодания содержание кетоновых тел в крови постепенно снижается и состояние ацидоза сглаживается. При полном голодании ацидоз нарастает постепенно. При абсолютном («сухом») голодании — быстро: уже в течение нескольких часов происходит перестройка организма на «эндогенное питание»; после этого клинические проявления ацидоза (см. выше) также сглаживаюся («компенсированный метаболический ацидоз»).

Некоторые авторы придают сравнительно более ярким субъективным проявлениям ацидотического криза прогностическое значение, якобы свидетельствующее о хорошем терапевтическом эффекте лечебного голодания. Но это не закономерно и большого практического значения не имеет.

После ацидотического криза, на «эндогенном питании», организм очень экономно расходует жизненную энергию: снижается основной обмен, частота пульса и дыхания замедляются, периферические сосуды несколько сужаются, артериальное давление в большом и малом круге кровообращения снижается, наступает некоторая общая заторможенность, что проявляется как в плавности движений, так

и в манере разговора («функциональный гипотиреоз»).

Начиная с 7-9-го дня полного голодания, пищеварительная секреция в желудке полностью прекращается, вместо нее появляется так называемая спонтанная желудочная секреция, т. е. не связанная с экзогенным пищевым раздражителем. В таком секрете содержится сравнительно большое количество белков, немного жиров и углеводов в форме ферментов, предназначенных в условиях обычного (экзогенного) питания для переваривания пищи. При ее отсутствии в полости желудка секретируемые ферменты сложного состава и другие аналогичные им соединения поступают в кишечник, разлагаются там на составные части, всасываются в кровь, служат пластическим материалом и целям питания.

Другим источником питания являются продукты аутолиза менее важных для жизнедеятельности организма тканей, который осуществляется в этот период главным образом за счет повышения фагоцитарной активности лейкоцитов, в основном макрофагов, их лизосомальных ферментов. По-видимому, именно аутолиз служит одним из основных механизмов «очищения» организма во время лечебного голодания. При больших его сроках аутолизу, естественно, могут подвергаться и здоровые ткани, в первую очередь менее важные для сохранения жизнедеятельности организма.

Эндоплазматический белок, т. е. белок собственно клетки, протоплазмы клеток жизненно важных органов, при условии, если он не вовлечен в патологический процесс и не является вследствие этого дефектным, сохраняется в неприкосновенности даже при очень длительных сроках голодания. Одновременно в ядре клетки наблюдается высокая концентрация цитоплазматической РНК. Впрочем, экспериментаторам хорошо известен тот факт, что при голодании всегда дольше, сравнительно с другими органами, удерживают свою нормальную массу сердце и мозг («закон иерархии»).

В процессе лечебного голодания в результате аутолиза тканей образуются своеобразные физиологически активные вещества, которые стимулируют биосинтез в восстановительном периоде РДТ. В эксперименте на животных установлено, что эти метаболиты, выделенные из тканей голодающего животного, при введении их не голодающему способствуют более быстрому рубцеванию ран, язв и др.

Голодание сопровождается снижением основного обмена, при этом энергообразующие системы, локализованные в клеточных митохондриях, переходят на более экономный уровень функционирования. Например, снижается теплообразование;

именно с этим связано характерное для голодающего субъекта ощущение зябкости. Но одновременно за счет сужения периферических сосудов уменьшается и теплоотдача. Поэтому температура тела при голодании, как правило, не снижается.

После ацидотического криза и перехода на «эндогенное питание» основным энергетическим источником для голодающего организма являются жиры. В это время резко снижается выделение углекислого газа, так как при окислении жиров кислород используется не только для окисления жира и образования CO_2, но еще и для связывания водорода и образования «эндогенной воды». В результате уменьшения выделения CO_2 при голодании, время задержки дыхания (проба В.А Штанге) увеличивается почти в 2 раза без какой-либо специальной тренировки. В этот момент повышается устойчивость голодающего организма к недостатку кислорода. Это важное обстоятельство следует учитывать, проводя РДТ больным с хронической бронхо-легочной патологией и легочно-сердечной недостаточностью.

Воздержание от приема пищи сопровождается некоторой «минимизацией» функции внешнего дыхания (ФВД) и сердечно-сосудистой деятельности: снижается объем легочной вентиляции и артериальное давление, как в большом, так и в малом круге кровообращения, урежается пульс и т. п. По результатам клинико-функциональных наблюдений лечебное голодание и последующее восстановительное питание оказывают влияние на клинико-морфологические показатели легких: повышаются поверхностно-эластические свойства легочной ткани, снижается тканевая эластичность, а это приводит к нарастанию воздушного пространства в легких. В процессе восстановительного питания несколько снижается поверхностное натяжение при продолжающемся снижении тканевой эластичности и уменьшении степени нарастания воздушного пространства. Фактически речь идет о реструктуризации легочной ткани в процессе РДТ, что, по-видимому, можно регулировать продолжительностью разгрузочного периода

Хотя утомление после физической нагрузки в условиях голодания наступает быстрее и для восстановления сил требуется сравнительно больше времени, фактическая работоспособность при активном двигательном режиме может оставаться на исходном ее уровне.

В практике РДТ особое место занимает питьевой режим, при этом особенности последнего разнообразят методики лечения. При полном голодании питье воды способствует очищению организма голодающего от «балластных» продуктов обмена

веществ, которые образуются при распаде тканей в процессе их аутолиза, от чужеродного антигенного материала, ксенобиотиков и пр., т. е. способствуют удалению из организма эндотоксинов («шлаков») через органы выделения (кишечник, почки, кожу и легкие). Недостаток «экзогенной воды» при «сухом» голодании компенсируется увеличением количества «эндогенной воды», 95 % которой образуются в организме в процессе окисления жиров.

При чрезмерно длительных сроках голодания — более 40 суток, когда потеря массы тела составляет 45–50 % от исходной, — адаптационные механизмы «эндогенного (внутреннего) питания» истощаются и нарушаются, белки жизненно важных органов подвергаются распаду; это приводит к необратимым изменениям в живом организме.

Естественно, что при проведении РДТ добровольное воздержание от приема пищи под наблюдением методически компетентного и доброжелательного медицинского персонала никогда не приводит к столь значимой потере массы тела, да в этом обычно и нет необходимости. Разгрузочный период — собственно голодание — в этих условиях часто ограничивается определенным, сравнительно небольшим промежутком времени.

Принципиально важным условием лечебного голодания является методически правильный «выход из голода», т. е. восстановительное питание. Необходимо строго постепенное наращивание питания, количеством и качеством, постепенно восстанавливающего моторную и сокогенную (пищеварительную) функцию желудочно-кишечного тракта. Нарушение этого принципа может привести к нежелательным последствиям, часто с неблагоприятным исходом.

Как показали многие исследования, при методически правильно проведенной РДТ, состав периферической крови при лечебном голодании не ухудшается: сохраняется нормальное количество эритроцитов и гемоглобина, а также лейкоцитов и тромбоцитов. Щелочной резерв крови не нарушается. На первом этапе — до ацидотического криза — он несколько снижается, но после ацидотического криза вновь увеличивается. У большинства пациентов наблюдаются благоприятные сдвиги со стороны электрокардиограмм (ЭКГ). Деформированные мембраны стареющих клеток на «эндогенном питании», по данным экспериментальных наблюдений, приобретают формы, подобные молодым клеткам (у животных), т. е. идет процесс восстановления барьерной функции клеток. В период восстановительного питания происходит своего рода омоложение клеток и тканей проголодавшего организма. В основе этого

феномена лежит так называемый возбужденный синтез белков, когда в структурных белках тканей заметно снижается количество липоидного фосфора и так называемых балластных белков и возрастает содержание нуклеиновых кислот (ДНК и РНК).

Существуют ли возрастные ограничения для проведения РДТ? Многолетний опыт проведения лечебного голодания, как в нашей стране, так и за рубежом, свидетельствует о возможности успешного применения этого метода в возрасте от 17 до 68 лет.

2. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ

Состояние здоровья поддерживается целым комплексом взаимно связанных защитно-приспособительных реакций; в научной медицине их принято называть реакциями адаптации. Они мобилизуются уже в состоянии предболезни, т. е. при активном влиянии патогенных факторов риска. Указанные реакции в этом случае (рефлекторно и гуморально) изменяют функционирование важнейших систем гомеостаза.

Саногенез (лат. sanogenesis) — динамический комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздействии на организм чрезвычайного раздражителя, развивающихся на протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и направленных на восстановление нарушенной саморегуляции организма (См. в кн.: БМЭ, 3-е изд. М.,1984, т.22., с.520).

Питание, так же как рост и размножение, — одно из фундаментальных свойств живой природы. Без поступления пищи и воды, как и кислорода воздуха, существование живого организма невозможно. У животных различных видов состояние голода и насыщения постоянно сменяют одно другое. Необходимость поиска пищи обусловлена борьбой за выживание. В этих условия голод воспринимается как смертельная опасность (состояние стресса); стресс-синдром является первой (начальной) стадией адаптации организма к экстремальным воздействиям, в том числе к отсутствию пищи и воды. Указанная адаптация проходит несколько сменяющих друг друга стадий.

Стадия пищевого возбуждения. В 1–3 сутки полного голодания в организме происходит нейроэндокринная перестройка. Симпатико-адреналовая система, посредством своих медиаторов (в основном адреналина и норадреналина) мобилизует резервы «первого звена» — легкоусвояемые углеводы в виде гликогена, одновременно перестраивается нейроэндокринная регуляция основных систем гомеостаза — сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной. Эта реакция на данной стадии во многом несовершенна, ибо

катехоламины не только мобилизуют внутренние резервы, но и приводят к их усиленным тратам, что проявляется повышением основного обмена. Специально проведенные научные исследования показали, что доля углеводов в энергообеспечении организма в 1-е сутки полного голодания составляет, в среднем, 80 %, а доля наиболее энергоемких жиров — лишь 10–15 %; во 2-3-и сутки полного голодания соответственно — 40–60 % и 30–40 %. Таким образом, к 3-им суткам полного голодания в 1,5–2 раза уменьшается использование углеводов в качестве источника энергии, одновременно более чем в 2 раза возрастает мобилизация жировых запасов организма (холестерина и триглицеридов). Указанное имеет большой физиологический смысл, ибо запасы углеводов в организме не велики (до 0,5–0,8 кг гликогена в составе печени и скелетных мышц). Жировые энергетические запасы в организме значительно больше: у человека с массой тела в 70 кг они составляют, в среднем, до 12–16 кг жировой ткани, что эквивалентно 100–150 тыс. ккал. Этих запасов достаточно для поддержания основного обмена веществ на протяжении 50–70 суток голодания.

Стадия нарастающего кетоацидоза. При полном голодании эта стадия начинается с 3–4 дня воздержания от пищи и продолжается до 7–9 дня. В этот период имеет место нарастающая кетонемия, кетонурия и метаболический ацидоз, что также, как и повышение в крови непрямого (свободного) билирубина, является еще своего рода «платой» за адаптацию, которая пока что остается несовершенной. С началом активной мобилизации жировых депо организма (подкожный жировой слой, сальник и др.) наибольшая метаболическая нагрузка приходится на печень. В ней осуществляется расщепление триглицеридов до свободных жирных кислот с их последующим окислением, а также синтез липопротеидов высокой и низкой плотности. С 5-7-х суток полного голодания отмечается умеренная холестеринемия (до 6,5–7,7 ммоль/л), которая имеет преходящий характер, так как холестерин активно используется для синтеза желчных кислот и кортикостероидных гормонов; последние необходимы для поддержании должного уровня артериального давлении и кровотока в органах и тканях. В то же время из жирных кислот в печени синтезируются кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и оксимасляная кислоты), играющие роль основного источника энергии (до 60–70 %) для мозга, сердечной и скелетных мышц. С 3-4-ых суток полного голодания организм начинает функционировать более экономично: уменьшается ударный сердечный выброс и частота сердечных сокращений; снижается основной обмен (до 30–50 % от исходного уровня).

Параллельно снижению уровня адреналина и норадреналина в крови возрастает концентрация кортикостероидных гормонов надпочечников (кортизола и альдостерона), как мера по поддержанию должного уровня гемодинамики.

Стадия компенсированного кетоацидоза. Она наступает с 7-9-го дня полного голодания, т. е. с начала активного использования в качестве продукта питания кетоновых тел. В результате кетонемия уменьшается и метаболический ацидоз компенсируется, что внешне обычно проявляется так называемым кето-ацидотическим кризом и отражается улучшением самочувствия (уменьшение чувства голода, слабости, головных болей и др.). Имеет место относительная стабилизация метаболизма в результате более экономного функционировагия стресс-лимитирующих систем. В крови несколько повышается содержание глюкозы (за счет ее глюконеогенеза из кетоновых тел и глюкогенных аминокислот), а гипертриглицеринемия и холестеринемия снижаются. В 1,2–2 раза возрастает активность ферментов переаминирования — АлАТ и АсАТ. В дальнейшем, вплоть до 14–20 суток полного голодания, существенного использования для целей питания белковых структур организма (белка плазмы крови и ткани мышц) не происходит. В это время от 70 до 90 % общего расхода энергии обеспечиваются за счет окисления триглицеридов жировых депо и кетоновых тел. Адаптация организма к условиям голодания становится более совершенной. Если при этом не происходит экстренных затрат энергии (физические перегрузки, травмы, термические воздействия и др.), то организм человека может выдержать голодание до 2 месяцев и долее, без непоправимого ущерба состоянию своего здоровья.

Перестройка метаболизма в организме с экзогенного питания на эндогенное за счет преимущественного использования жировых субстратов (триглицеридов, холестерина) и продуктов их окисления (кетоновых тел) создает своего рода физиологический покой для большинства органов и систем организма. Так, например, уменьшается выработка пищеварительных секретов (слюна, соляная кислота, пепсин, желчь, ферменты поджелудочной железы), не используется в полном объеме ферментный конвейер мембранного транспорта тонкого кишечника. Одновременно замедляются многие ферментативные процессы (синтез белка, триглицеридов, гликогена), что позволяет создать для организма состояние своего рода отдыха. В это время в физиологически более выгодных условиях находится сердечно-сосудистая и мочевыделительная системы организма. Сердечная мышца

начинает работать не только более экономично, но и более эффективно: удлиняется диастола и сокращается систола, снижается ударный и минутный выброс крови, а также общее периферическое сосудистое сопротивление. Уменьшается образование конечных продуктов белкового катаболизма (остаточный азот, мочевина, креатинин), что приводит к уменьшению фильтрации в почках и снижению суточного диуреза. Общая потребность организма в жидкости снижается до 1–1,5 л в сутки. Активно используется экстрацелюлярная жидкость, что позволяет уменьшить внеклеточный тканевой сектор без существенного снижения объема плазмы крови.

В основе лечебного эффекта дозированного голодания лежит стимуляция репаративных процессов в организме, гибель малопотентных и «больных» клеток, активное выведение конечных продуктов обмена веществ («шлаков» и эндотоксинов), включая метаболиты лекарственных химиопрепаратов, элиминация антигенной пищевой нагрузки.

При длительном голодании развивается охранительное торможение ЦНС как защитная реакция организма на чрезвычайное стрессовое воздействие. Небольшие сроки лечебного голодания оказывают психостимулирующее действие, тогда как при более продолжительном голодании достигается седативный эффект, который вновь сменяется стимулирующим влиянием в период восстановительного (диетического) питания. Закономерности динамики психического состояния пациентов в процессе РДТ позволяют использовать этот метод для лечения не только соматической патологии, но также при лечении неврозов, реактивных состояний, психопатий и некоторых форм патологии в психиатрической практике.

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Учитывая неспецифический характер РДТ, которая оказывает лечебный эффект при самой разной патологии, в решении вопроса о ее применении у больного следует в первую очередь исходить из противопоказаний к такого рода лечению. При этом *противопоказания* следует разделить на две категории — *абсолютные и относительные*.

Абсолютными противопоказаниями к проведению РДТ в настоящее время следует считать:

— злокачественные новообразования и гемобластозы;

— активный туберкулез легких и других органов;

— тиреотоксикоз;

— инсулино-зависимый сахарный диабет I типа;

— активный острый и хронический гепатит, а также цирроз печени с ее функциональной недостаточностью;

— хроническая недостаточность функции печени и почек любого генеза;

— гнойно-деструктивные поражения любых органов, а также выраженная (III степень) активность воспалительного процесса любой локализации;

— недостаточность кровообращения (легочно-сердечная недостаточность) III степени;

— выраженный дефицит массы тела (менее 19 кг/м2);

— тромбофлебиты и флеботромбозы;

— неясный диагноз болезни.

Относительные противопоказания включают:

— нейроциркуляторную дистонию по гипотоническому типу;

— желчно-каменную болезнь при высокой литогенности желчи;

— мочекаменную болезнь (при оксалурии, фосфатурии, уратурии);

— язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки;

— варикозное расширение вен;

— железодефицитную анемию;

— инсулинезависимый сахарный диабет (II типа);

— подагру;

— период беременности и лактации;

— ранний детский (до 14 лет) и старческий (после 75 лет) возраст;

— некоторые острые респираторные (вирусные) заболевания;

— стойкие нарушения сердечного ритма и проводимости.

Следует заметить, что при увеличении личного опыта врача, число относительных противопоказаний постепенно снижается.

4. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА, ПРАКТИКУЮЩЕГО РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

· Убедиться, что пациент заинтересован в применении РДТ.

· Установить причину применения РДТ (с позиций пациента): лечение болезни или оздоровление организма.

· В случае наличия патологии, установить ее диагноз, используя современные методы клинико-функционального, лабораторного и морфологического исследования; наметить (для себя) реальные клинико-лабораторные и функциональные и др. методы контроля РДТ;

· Определить количество и характер возможной сопутствующей основной болезни патологии;

· Установить возможные противопоказания к проведению РДТ.

· Указанные вопросы решаются в процессе общепринятого клинико-лабораторного исследования пациента, с использованием всей имеющейся у него медицинской документации; в зависимости от характера клинической симптоматики, предполагаемой основной и сопутствующей патологии перечень диагностических исследований может быть расширен или сужен.

· Исходя из результатов проведенных (клинико-лабораторных) исследований следует наметить (для себя) основное показание для проведения РДТ в данном случае.

· Проинформировать (в доступной форме) пациента о сути и возможностях РДТ применительно к его ситуации (его патологии).

· *Получить согласие пациента на проведение ему РДТ* (в некоторых случаях, по решению руководства лечебного учреждения, где будет проводиться лечение, согласие больного документируется в истории болезни личной подписью пациента).

· Выбрать оптимальную для данного больного методику РДТ, с учетом основной и сопутствующей патологии, индивидуального индекса массы тела; согласовать с пациентом особенности методики голодания и все режимные мероприятия разгрузочного и восстановительного периода; наметить и сообщить пациенту предполагаемую продолжительность разгрузочного периода, ориентируясь на ее максимальную продолжительность.

· Обучить пациента простейшим приемам самоконтроля

своего состояния во время разгрузочного периода.

5. МЕТОДИКИ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Как в нашей стране, так и за рубежом в практике врачевания наиболее распространена и изучена в научном плане методика полного («влажного») голодания, когда субьект на определенное время добровольно прекращает прием пищи, но продолжает пить воду («по потребности»). В этом смысле*полное голодание* можно считать «классическим»; поэтому принцип методики РДТ с ее тремя основными периодами мы рассмотрим на примере полного голодания.

5.1.ПОЛНОЕ («ВЛАЖНОЕ») ГОЛОДАНИЕ

В проведении РДТ принято выделять три основных, последовательно сменяющихся, периода: *подготовительный, разгрузочный* (собственно голодание) и*восстановительный* (диетическое питание).

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

В настоящее время у большинства пациентов в нашей стране РДТ проводится в стационарных условиях (в больнице, госпитале, санатории); при этом и врач и больной стремятся большинство мероприятий подготовительного периода провести еще вне стационара, т. е. в амбулаторно-поликлинических условиях.

Каково же в целом содержание подготовительного периода? Это — уточнение противопоказаний — показаний к проведению РДТ; клинико-функциональная диагностика основной и сопутствующей патологии; обучение пациента тому, что он может и должен в последующем делать сам, т. е. имеются в виду элементы самоконтроля — правильно (корректно) измерить вес, пульс, АД и т. п. Больного следует научить правильно очищать желудок и кишечник (в случае необходимости). Все это должен рассказать, разъяснить, показать, научить лечащий врач и/или медицинская сестра.

Важным элементом самоконтроля является ведение *дневника самонаблюдения (содержащего, в произвольной форме, ежедневные сведения о самочувстви пациента, и дополнительных (к РДТ) назначениях, если таковые имеют место)*. Пациента необходимо познакомить с формой и порядком ведения такого формуляра, вручить ему чистый его бланк, куда он должен занести свои

паспортные данные.

Пациента в общих чертах знакомят с сущностью лечебного голодания и методикой: информируют о необходимости строго соблюдать предписанный режим; предупреждают о *недопустимости вредных привычек (курения табака и алкоголизации) во время лечения,* ибо это может привести к трагическим последствиям. В некоторых лечебных учреждениях у пациентов, проходящих РДТ, берут подписку о том, что они предупреждены о возможных пагубных последствиях курения и алкоголизации во время лечебного голодания.

Пациенту в доступной форме разъясняют особенности проводимого ему лечения, при котором он должен быть активным участником своего лечения и помощником врача. От правильного психологического настроя пациента зависит, как он перенесет разгрузочный период, в частности, ацидотический криз, а также успех лечения в целом.

При многих заболеваниях отчетливо «просматривается» нервно-психический компонент патогенеза, который нередко выступает на передний план в общей картине болезни уже в подготовительном периоде РДТ. У таких больных, уже в подготовительном периоде, следует использовать многообразные методы психотерапии и аутогененую тренировку. Это может осуществлять сам лечащий врач (если он владеет указанными методами) или для этого привлекаются специалисты психотерапевты.

В подготовительном периоде больного следует обучить элементам сегментарного (само) массажа, некоторым приемам акупрессуры биологически активных точек (БАТ), оптимальным дыхательным («полное дыхание») и некоторым статическим (по показаниям) физическим упражнениям, а также посильным видам физической активности, в соответствии с возрастом пациента и особенностями его патологии.

Важным составным элементом «очистительных процедур», стимулирующих эфферентные органы на выведение из организма «шлаков», являются очистительные клизмы. Во многих лечебных учреждениях эту процедуру, во время разгрузочного периода РДТ, выполняет медицинский персонал.

Если у пациента любой патологии сопутствует нарушение функции кишечника со склонностью к запорам или геморрой, то эффект «очищения» организма в разгрузочном периоде лечения можно повысить предварительной краткосрочной диетической подготовкой его в подготовительном периоде РДТ, когда за несколько дней до начала голодания назначается сырая пища — свежие овощи и фрукты — или проводится разгрузочный день.

В подготовительном периоде РДТ пациент должен быть осмотрен также зубным врачом на предмет наличия зубных коронок, съемных зубных протезов, периодонтита, кариеса, одонтогенной инфекции и пр.; последняя может обостриться во время голодания, поэтому при необходимости проводится превентивное лечение патологии ротовой полости. Коронки и съемные зубные протезы требуют применения пациентом некоторых специальных приемов в разгрузочном периоде РДТ — массаж десен и др., что необходимо согласовывать со стоматологом и при необходимости научить этим приемам пациента.

Женщины должны пройти осмотр гинеколога на предмет выявления латентной патологии, в частности фиброматоза матки и др., склонности к обильным менструациям, кровотечениям, что может проявиться и усилиться во время голодания, при повышении фибринолитической активности крови в этот период. При «скомпроментированном» анамнезе желателен также осмотр других «узких» специалистов — отоларинголога, уролога и т. д., на предмет латентной патологии, очаговой (гнойной) инфекции.

При продолжении подготовительного периода лечения в условиях стационара также имеют место свои особенности. Создание положительных эмоций, уверенности в успехе предстоящего «необычного» лечения, несомненно, способствует здоровый психологический настрой в отделении и палате, куда госпитализируется больной, благожелательное отношение к нему персонала, соседей по палате, которые уже успешно прошли разные этапы РДТ.

Доброжелательное отношение пациента к лечебному голоданию — залог успеха лечения. У пациента постепенно укрепляется понимание того, что *состояние его здоровья прежде всего зависит от него самого, от выработки им* (с помощью лечащего врача и всего обслуживающего медицинского персонала)*полезных психогигиенических навыков и правильного понимания характера рационального для него питания.* Уже в подготовительном периоде и вплоть до выписки больного после лечения из стационара, ему следует постоянно подчеркивать, что РДТ — это не просто один из эпизодов в лечении его патологии, а стройная система мероприятий, включающая комплекс мер, способствующих укреплению здоровья и общего состояния организма, с продлением клинической ремиссии хронической болезни или ее полного излечения (в последнем случае обычно необходимо несколько курсов РДТ). При этом конечный результат лечения во многом зависит от самого больного, выработки им оптимального стереотипа в поведении и характере питания.

Клинические и лабораторные исследования в подготовительном периоде лечения должны обеспечить уточнение основного диагноза, выявление всех сопутствующих заболеваний и патологических состояний, оценку их функционального ущерба при соответствующей патологии (функциональные части диагноза); выявление всех скрытных очагов инфекции с определением степени активности воспалительного процесса и др.

Лабораторные исследования, проведенные в подготовительном периоде лечения, следует повторять в разгрузочном периоде, после прохождения ацидотического криза и по окончании лечения, в восстановительном периоде. В подготовительном периоде проводится также санация очагов инфекции и лечение выраженной активности воспалительного процесса (II–III степени).

РАЗГРУЗОЧНЫЙ ПЕРИОД

Разгрузочный период лечения — собственно голодание. Основная задача в этот период — перейти с экзогенного на эндогенное питание.

На основании клинико-лабораторных наблюдений в течение этого периода можно выделить *три основные стадии:*

I стадия — «пищевое возбуждение», которое продолжается при полном голодании от его начала до 3-х суток;

II стадия — «нарастающий кетоацидоз», который продолжается от 3 до 7–9 суток и завершается ацидотическим кризом;

III стадия — «компенсированный кетоацидоз», который продолжается с 7–9 суток до конца разгрузочного периода, заранее намеченного для данного больного лечащим врачом; продолжительность этого периода назначается исходя из личного и «литературного» опыта РДТ при соответствующей патологии.

В процессе лечебного голодания организм очищается от «шлаков» (эндотоксинов) через органы выделения — кишечник, почки, легкие, кожу. Важное значение при этом имеет «питьевой режим». В любом случае это должна быть чистая вода; при этом, вода из водопроводного крана должна быть очищена пропусканием ее через специальное очищающее устройство типа «Аквафор». При индивидуальном дозировании количества жидкости следует руководствоваться чувством жажды, но желательно выпивать (при «влажном» голодании) не менее одного литра за сутки

Важным элементом «очистительных процедур» является очищение кишечника в разгрузочном периоде лечения. Обычно для этого используются клизмы, которые ставятся регулярно:

ежедневно или 2–3 раза в неделю. Перед «входом» в голодание общепринятым является назначение солевого слабительного — глауберовой соли из расчета 0,5 г на 1 кг массы тела. При растянутом газами и каловыми массами кишечнике, что нередко наблюдается у много рожавших женщин, целесообразны многократные кишечные промывания (тюбажи) с глауберовой солью или «ромашковым чаем». В последнее время в таких ситуациях успешно используются сеансы колоногидротерапии, до 2-х раз в неделю.

Какова должна быть длительность разгрузочного периода РДТ? Натуропаты руководствуются в этом вопросе признаками так называемого завершенного голодания, когда появление чувства голода подсказывает необходимость его прекращения. Врачи с ортодоксальным (современным, научным) медицинским образованием, использующие в своей практике метод РДТ, обычно не стремятся к ситуации «завершенного голодания», вполне удовлетворяясь достигнутой клинической ремиссией патологии. В этом случае длительность разгрузочного периода устанавливается индивидуально и во многом зависит от клинических особенностей заболевания, возраста, упитанности больного (индекс массы тела), характера и количества сопутствующей патологии и некоторых других причин.

В процессе разгрузочного периода лечения пациент должен вести ежедневный дневник самонаблюдения, по предлагаемой ему форме. В дневнике самонаблюдения важно отмечать ежедневный прием лекарств; как правило, это лишь так называемая базисная терапия, во многом протезирующего характера. Снижение доз и постепенная отмена таких лекарств (за ненадобностью) очень показательна при лечебном голодании и это следует также активно использовать в психологическом плане во время каждого врачебного обхода.

В течение всего разгрузочного периода лечения, вплоть до начала восстановительного питания больным рекомендуется активный двигательный режим (если нет ограничений тому по характеру их патологии), предусматривающий ежедневные прогулки на свежем воздухе в течение не менее 3–4 часов в день с перерывами для отдыха. Указанные прогулки следует планировать в то время, когда остальные больные, которые получают общепринятую медикаментозную терапию, принимают пищу.

Умственная активность во время лечебного голодания, по нашим наблюдениям, не только не снижается, но даже, в определенной мере, активизируется.

Большинство больных хорошо переносят разгрузочный

период РДТ, особенно если они психологически хорошо подготовлены к лечебному голоданию.

В процессе РДТ организм освобождается от «шлаков». По мнению Ю.Н. Кудрявцева (главного врача Института питания РАМН) указанный термин включает продукты обмена веществ, постепенно накапливающиеся в процессе жизнедеятельности в клетках и тканях организма. В основном это конечные продукты белкового обмена: мочевина, мочевая кислота, креатин, креатинин аммониевые соли и другие, трудно растворимые в жидкости соединения. Они накапливаются, прежде всего, в соединительной ткани, в жировой и костной ткани, в слабо работающих или неработающих мышцах, в межклеточной жидкости, в протоплазме клеток, если они не способны выделять эти продукты обмена из-за недостатка кровотока или из-за обильного образования их при избыточном питании. Например, в нашем организме более 20 аминокислот и, если какой-то из них больше, чем необходимо для нормальной жизнедеятельности (хотя бы на 0,3 %) она становится «шлаком» при сборке новых белов на стадии их синтеза и является своего рода эндотоксином. РДТ является наилучшим способом очищения организма от «шлаков» и таким образом оздоровления; потеря до 25 % массы тела каких-либо патологических изменений в организме не вызывает.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

В общем комплексе РДТ восстановительный период является, несомненно, наиболее ответственным этапом всего процесса лечения, так как фактически определяет его конечный эффект.

Основная задача в восстановительный период — постепенный переход пациента с эндогенного («внутреннего») на экзогенное («внешнее») питание с помощью специальной диеты. *Критерием* того, что восстановительный период после голодания проходит корректно, *будет восстановление самостоятельного стула на 3-4-й день восстановительного питания.* Этот период времени наиболее ответственный и должен обязательно контролироваться лечащим врачом.

Особенности восстановительного периода:

— его продолжительность (у соматических больных) должна быть равна продолжительности разгрузочного периода (собственно голодания), его половине или несколько превышать ее;

— в течение всего восстановительного периода питания запрещается употребление поваренной соли («досаливание» пищи) во избежание отеков;

— с первого дня восстановительного периода лечения

отменяются все «очистительные» процедуры: многочасовые прогулки, очистительные клизмы, массажи и др.;

— первые 4–5 дней (до восстановления функций кишечника) режим пациента должен быть «щадящим» больной должен больше отдыхать (сидеть, лежать);

— необходима строгая постепенность в наращивании питания по дням.

5.2.АБСОЛЮТНОЕ («СУХОЕ») ГОЛОДАНИЕ

Полное исключение пищи и воды (абсолютное голодание) начали применять в нашей стране в клинической практике в последние годы. В настоящее время в клинической практике различают две методики — *жесткое и мягкое «сухое» голодание.*

В первом случае, при жестком «сухом» голодании, полностью исключается контакт с водой, т. е. пациент не пьет воду, не умывается, не полощет водой рот, не принимает никаких водных процедур (души, ванны и пр.), не очищает клизмой кишечник. Во втором случае, при мягком «сухом» голодании, туалет и «очистительные» процедуры проводятся, но воду больной не пьет. Жесткое «сухое» голодание имеет ограниченные показания, например, выраженная экссудативная реакция аллергического характера, выраженный отечный синдром, и применяется в течение короткого промежутка времени — до двух суток.

В клинической практике обычно применяется непродолжительное абсолютное голодание до 3 суток, редко долее.

Подготовительный период при абсолютном голодании не отличается от такового при полном голодании (см. выше).

Разгрузочный период при абсолютном голодании проходит те же 3 стадии, что и при полном голодании, но сроки их наступления сокращаются, особенно при жестком «сухом» голодании. Так, стадия «*пищевого возбуждения»* продолжается несколько часов (очень индивидуально); стадия *«нарастающего кетоацидоза»* продолжается от 1 до 3 суток. Уже на первые сутки абсолютного голодания при жесткой его методике обычно имеет место кетоацидотический криз, после которого самочувствие пациента значительно улучшается (стадия «*компенсированного кетоацидоза»).*

Восстановительный период при абсолютном голодании практически не отличается от такового при полном голодании.

В клинической практике краткосрочное (до 3-х суток) абсолютное голодание применяется во многих случаях

соматической патологии, осложненной задержкой жидкости в организме. При этом можно считать, что 3-х суточное абсолютное голодание по интенсивности действия аналогично 7–9 суточному полному («влажному») голоданию. Но в то же время следует иметь в виду, что «сухое» голодание свыше 3-х суток может привести к выраженной дегидратации организма. Поэтому его *проведение противопоказано при желчно-каменной и мочекаменной болезни, тромбофлебитах, выраженном варикозном расширении вен и нарушениях свертываемости крови*, а также во всех остальных случаях абсолютных противопоказаний к проведению РДТ.

5.3.КОМБИНИРОВАННОЕ («СУХОЕ» И «ВЛАЖНОЕ») ГОЛОДАНИЕ

Методика последовательного применения абсолютного («сухого») и полного («влажного») лечебного голодания при соматической патологии разработана и внедрена в лечебную практику в Санкт-Петербурге в последние годы. Следует подчеркнуть, что оптимальной является именно такая, указанная выше, последовательность комбинации, т. е. вначале абсолютное («сухое»), а потом сразу же, без перерыва, полное («влажное») лечебное голодание. При этом по своей продолжительности «сухое» всегда должно быть значительно короче «влажного» голодания.

Особенностью *подготовительного периода* является то, что накануне первого дня («сухого» голодания) слабительные средства и очистительные клизмы не назначаются.

В *разгрузочном периоде* при переходе с абсолютного («сухого») на полное («влажное») голодание в первые несколько дней (от 2 до 4) ограничивается питье воды до 10–12 мл/кг массы тела в сутки; в последующем пациенту следует руководствоваться ощущением жажды. С момента перехода с абсолютного на полное голодание уже регулярно проводится весь комплекс очистительных процедур (см. выше).

Восстановительный период проводится аналогично таковому при полном голодании.

Использование в лечебной практике комбинации абсолютного и полного лечебного голодания позволяет достичь более быстрого перехода на эндогенное питание, т. е. кетоацидотического криза и компенсации кетоацидоза. Указанным достигается сравнительно большая редукция избыточной (жировой) массы тела, более ранняя нормализация

повышенного артериального давления крови при гипертонии и т. д. При использовании этой методики сроки разгрузочного периода сокращаются без ущерба для достигаемого лечебного эффекта. В условиях стационарного лечения это важно еще и потому, что этим *уменьшается возможность респираторной вирусной инфекции.*

5.4. «СТУПЕНЧАТОЕ» ГОЛОДАНИЕ

Эта методика предложена в нашей стране учениками и сотрудниками профессора Ю.С.Николаева и впервые была успешно апробирована у больных ожирением; при этом использовалось полное («влажное») голодание.

Методика «ступенчатого» голодания предусматривает редуцирование продолжительности *разгрузочного периода* до первых клинических проявлений ацидотического криза, т. е. до перехода на эндогенное питание. В наших наблюдениях, при «влажном» голодании это имело место на 4–7 день разгрузочного периода. После этого следовал *период восстановительного питания*, который по его продолжительности был равен половине разгрузочного периода (*1-я ступень)*; после этого *вновь* назначалось («влажное») *голодание* вплоть *до* начальных клинических проявлений *повторного ацидотического криза* и далее вновь *восстановительное питание,* по продолжительности равное вновь половине разгрузочного периода *(2-я ступень) и т. д., всего 3–4 ступени.*

Применение «ступенчатой» методики целесообразно при наличии у пациента ожирения в качестве основного или сопутствующего заболевания, а также при плохой переносимости или ситуации невозможности перенести сравнительно длительное голодание в условиях полиморбизма. В случае необходимости «ступенчатым» может быть не только «влажное», но и «сухое» голодание.

5.5. «ФРАКЦИОННОЕ» ГОЛОДАНИЕ

Эта методика разработана в 70-е годы прошлого столетия в Белорусском НИИ фтизиопульмонологии. Она предусматривает несколько, (обычно три) повторных цикла (фракции) разгрузочно-диетической терапии (РДТ-1, РДТ-2, РДТ-3) и т. д. Средняя

продолжительность разгрузочного периода при этом составляет 14 дней, а восстановительного питания — 34 дня. Продолжительность промежутка между отдельными фракциями РДТ, включая период восстановительного питания — 62 дня. Общая продолжительность лечения — полгода. Ведение больных в подготовительном, разгрузочном и восстановительном периодах лечения принципиально не отличается от такового при влажном голодании (см. выше). Первоначально эта методика была апробирована на больных саркоидозом легких.

6. ВЫБОР МЕТОДИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ, СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Среди вышеописанных методик РДТ наиболее часто применяется *полное (влажное) голодание*, эту методику можно считать даже классической, ибо она наиболее часто используется как в нашей стране, так и за рубежом; а потому достаточно хорошо изучена с точки зрения патофизиологических сдвигов в голодающем организме.

Продолжительность разгрузочного периода при полном голодании зависит от наличия и характера, а также количества сопутствующей патологии (полиморбизм). Последняя обычно удлиняет разгрузочный период до 3-х недель и дольше.

Степень тяжести болезни также влияет на продолжительность разгрузочного периода, но в значительно меньшей степени, чем полиморбизм.

Если у пациента ярко выражены эксудативные проявления патологии (вазомоторный ринит, отечность суставов и т. п.), целесообразно начать лечение с применения *абсолютного (сухого) голодания*.

Если у пациента имеет место ожирение (в качестве основного или сопутствующего заболевания) следует предпочесть *ступенчатую методику*; продолжительность разгрузочного периода («ступеньки») при этом редко превышает пять дней, при восстановительном периоде (в этом случае) в три дня. Число таких «ступенек» определяется степенью выраженности ожирения и оговаривается с пациентом заранее; в нашей практике число «ступенек» редко было более трех.

Фракционное голодание, по сравнению с другими методиками, в нашей стране применяется реже; авторы, владеющие этой методикой, отмечали положительный эффект при сочетанной соматической патологии

Таким образом, тактика применения РДТ определяется не столько нозологией патологии, сколько степенью ее тяжести и полиморбизмом; что же касается продолжительности разгрузочного периода, то он должен быть дольше при сравнительно многолетней патологии и преобладании в

морфогенезе патогенной реструктуризации органов и тканей. При этом решающее значение будет иметь не продолжительность первоначального однократного голодания, а неоднократные повторные курсы РДТ, при выполнении всех прочих режимных рекомендаций лечащего врача.

7. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Повышение конечного эффекта РДТ достигается сочетанием его с методами немедикаментозной терапии, в первую очередь, ЛФК.

Некоторые особенности лечебной физкультуры при проведении РДТ. ЛФК входит в перечень очистительных мероприятий и процедур у пациентов в разгрузочный период их лечения. У большинства больных, особенно старших возрастных групп, ЛФК сводится к посильной физической активности на протяжении дня. Это ежедневные многочасовые прогулки на свежем воздухе, сопровождаемые произвольными упражнениями по типу «рассеянной мышечной нагрузки»; у больных с патологией органов дыхания два-три раза в день желательны специальные упражнения диафрагмы и других мышц, участвующих в акте дыхания.

8. ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ (ОСЛОЖНЕНИЯ) РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ; ПУТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

При методически правильном проведении РДТ осложнения встречаются редко. Они не опасны для жизни, в подавляющем большинстве случаев их можно предупредить, а при появлении быстро устранить.

В стадии кетоацидоза иногда бывает *тошнота* или даже *рвота.* В таких случаях пациенту следует рекомендовать пить маленькими глотками щелочные минеральные воды (Боржоми, если он хорошо переносит галлоиды; Смирновскую, Арзни и др.), при условии их дегазации; для этого достаточно открыть пробку и несколько подогреть бутылку. Вместо минеральной воды можно рекомендовать прием питьевой соды внутрь по 2–3 г на прием, каждые 2–3 часа. При рвоте следует провести промывание желудка 3-5-процентным раствором бикарбоната натрия или повторные клизмы раствором той же концентрации. При этом необходимо часто проветривать помещение, где находится больной, и давать ему дышать увлажненным кислородом. Следует также увеличить продолжительность прогулок на свежем воздухе. Если указанные меры не помогают, то следует назначить внутривенное вливание бикарбоната натрия (200–300 мл 5-процентного раствора), иногда повторно.

Очень редко у больных (обычно при сопутствующей патологии печени и почек) после многократной рвоты или при обезвоживании вследствие отвращения к воде, при большой потере массы тела за относительно короткий промежуток времени с нарастающим дефицитом хлористого натрия могут развиться *генерализованные тонические судороги.* При внимательном наблюдении таких больных за один- три дня до появления судорог можно заметить склонность к ним мышц верхних и/или нижних конечностей («сводит» пальцы, подергиваются лицевые мышцы) и предупредить генерализацию судорог, назначив питье минеральной (дегазированной) воды по вкусу пациента или слегка подсоленой воды (концентрация обычно посоленного супа) в количестве одного-двух стаканов. Этих мер обычно бывает вполне достаточно.

В случае же развития генерализованных судорог, успокоив пациента, ему дают пить раствор поваренной соли (1-2-процентного, 200–300 мл.) в теплом виде; после этого судороги обычно вскоре прекращаются. В дальнейшем следует повторить прием такого же количества указанного раствора, иногда до 3–5 раз. При этом отмечается заметное увеличение массы тела пациента вследствие задержки жидкости. Дальнейшая курация таких больных не имеет каких-либо особенностей.

Иногда, из-за резкого перехода из горизонтального положения в вертикальное, у пациента в разгрузочном периоде лечения может развиться *ортостатический коллапс*. Для его предупреждения следует избегать резких движений при вставании (лежа) с постели, из ванны и т. п. При возникновении этого осложнения пациента следует уложить в горизонтальное положение, приподняв изголовье; дать подышать кислородом.

У некоторых больных, особенно при наличии ожирения в сочетании с артериальной гипертонией или, наоборот, с гипотонией, в разгрузочный период лечения могут наблюдаться *головные боли, слабость, боли в области сердца.* Указанные неприятные ощущения возникают чаще по утрам в связи с ацидозом и гипоксемией. Для их лечения и профилактики следует рекомендовать щелочное питье, прогулки на свежем воздухе, а также назначать повторные клизмы с 3-5-процентным раствором бикарбоната натрия, дыхательные упражнения, ингаляции кислорода, промывание желудка 3-5-процентным раствором бикарбоната натрия, реже — его внутривенное (капельное) вливание (3-процентный раствор, 200–300 мл.).

Если, несмотря на разъяснения и запрет, пациент продолжает в разгрузочный период лечения курить, у него может внезапно развиться *коллапс* с резким падением сердечной деятельности и/или расстройством сознания с двигательным возбуждением, вследствие гипоксии мозга. В таком случае больного следует немедленно уложить в постель, проводить ингаляции кислорода, вести парентерально сердечные средства (кофеин, кордиамин в половинной дозе). Лечебное голодание в этом случае следует прекратить.

У больных с поражением желудочно-кишечного тракта (в качестве основного или сопутствующего заболевания) в разгрузочный период лечения, как правило, после ацидотического криза, т. е. уже на «эндогенном питании»; иногда имеет место *обострение желудочно-кишечной патологии,* требующее срочного применения специальных лечебных мероприятий. При *обострении* хронического *аппендицита* (кишечная колика) рекомендуется покой, холод на живот, наблюдение хирурга; при необходимости

аппендэктомия.

При (клинически латентной) *мочекаменной болезни* в разгрузочный период лечения, обычно после ацидотического криза, на эндогенном питании, у больных возможна *почечная колика* в связи с отхождением крупного «песка», что иногда сопровождается резким уменьшением количества мочи вплоть до полной анурии на протяжении нескольких суток. В этих случаях необходима консультация и наблюдение уролога с выполнением его рекомендаций, включая парентеральное введение спазмолитиков в половинных дозах и др.

Осложнения могут иметь место не только в разгрузочный, и в *восстановительный период* РДТ. В этом случае они могут быть связаны с нарушениями диетического режима или переоценкой своих физических возможностей.

При развитии осложнений в восстановительный период РДТ следует принимать меры в нижеуказанной последовательности: принять солевое слабительное (сернокислая магнезия в общепринятой разовой дозе), иногда с предварительным промыванием желудка (кишечника) водой; после этого, в случае необходимости, проводят один-два «разгрузочных» (голодных) дня с последующей бессолевой диетой и переходом на один из вариантов восстановительного питания.

9. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Во время проведения курса РДТ по поводу хронической патологии больному следует убедительно рассказать, что для стойкого сохранения и поддержания его здоровья и качества жизни на достаточном уровне, ему следует неуклонно выполнять врачебные рекомендации.

Если пациент удовлетворительно перенес курс РДТ, и получен достаточно хороший эффект, ему необходимо популярно объяснить, что продолжительность клинической ремиссии и/или возможность полного излечения хронической патологии целиком и полностью зависит от него самого, т. е. от того, насколько целеустремленно и пунктуально он будет использовать свои знания и навыки, приобретенные им во время прохождения курса РДТ. Так, если он после проведенного лечения не изменит свой привычный жизненный стереотип и, возможно, присущие ему вредные привычки — бытовую токсикоманию (курение табака и злоупотребление алкоголем) — на рационально здоровый характер питания, режим труда и отдыха, то это вновь приведет к рецидиву хронической патологии, с неизбежной и постоянной лекарственной (базисной) терапией.

После проведения курса лечебного голодания пациент должен получить рекомендации: систематически, даже при хорошем самочувствии и состоянии здоровья, проводить «разгрузочные» или голодные дни (однодневное полное-влажное или сухое-не жесткое) голодание еженедельно или два раза в месяц. У больных с индексом массы тела на нижней границе нормы (19 кг\м2) вместо голодных дней следует проводить «монодиетические разгрузочные» дни.

Повторные проведения курса РДТ при хронической патологии следует рекомендовать каждые 6 месяцев, вплоть до достижения стойкой клинической ремиссии и хорошего самочувствия в течение нескольких лет (не менее двух); после чего можно ограничиться однократными (спонтанными) курсами РДТ и/ или односуточными голоданиями.

ПРИЛОЖЕНИЕ

МАТЕРИАЛЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И АМБУЛАТОРНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЛЕЧЕБНОГО ГОЛОДАНИЯ в условиях частного медицинского центра

РДТ — методика лечения болезней и оздоровления организма, которую не следует применять самостоятельно, без предварительного медицинского обследования и наблюдения компетентного врача. Общепринято проводить РДТ в больничных условиях. Однако в настоящее время, как в России, так и за рубежом — во Франции, Австралии и других странах, постепенно накапливается успешный опыт амбулаторного применения лечебного голодания, в том числе в условиях частных медицинских центров («Беловодье», Алтай; «Афродота», Благовещенск, «ЛЕНмедцентр», Санкт-Петербург, «Aura and Body Centre», Мельбурн и др.). Автор данного раздела — главный врач «ЛЕНмедцентра» (д.м.н. Е.Н.Лаптева) — начав работу с РДТ более 20 лет назад в условиях клиники, успешно продолжает ее в настоящее время в частном центре, где лечение проводится амбулаторно. Несомненно, что именно такое применение РДТ дало возможность очень многим людям воспользоваться этой методикой, расширив границы ее применения. Речь идет о тех, кто по тем или иным причинам хочет пройти лечение или оздоровление во внебольничных условиях.

Практика ведения больных при РДТ в стационаре и амбулаторно имеет существенные отличия. Они касаются принципов отбора пациентов, характера патологий, особенностей проведения РДТ, а также структуры и построения работы самого медицинского учреждения.

Основные принципы отбора больных

1. Предварительное обследование, тщательно собранный анамнез, клинико-лабораторные данные.

Тщательно собранный анамнез и обследование (с использованием всей имеющейся у больного документации) должны исключить возможные противопоказания к РДТ (см. в р. 1.3). Больному необходимо сдать общий клинический анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, К, Са, креатинин, мочевина), пройти рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ.

При выявлении острых заболеваний или обострения хронических заболеваний РДТ откладывается до завершения обострения или воспалительного процесса. При наличии сложной патологии, полиморбизме отдается предпочтение проведению РДТ в условиях стационара. В остальных случаях можно проходить лечение амбулаторно.

2. Оценка общего состояния пациента

Для проведения РДТ необходимо исключить выраженную активность какого-либо воспалительного процесса, гнойничковые поражения кожи, обострение возможных очагов инфекции (в глоточных миндалинах, пазухах носа, ротовой полости и др.). Приступать к лечебному голоданию можно только после проведения санации острых и хронических очагов поражения.

3. Мотивационные установки

Назначать пациенту РДТ следует только в том случае, если он настроен на проведение лечебного голодания.

Предварительная, в том числе психологическая, подготовка пациентов

Обсуждение сроков пищевой депривации

Методику лечебного голодания (см. р. 1.5) и продолжительность воздержания от пищи выбирает врач, ибо это во многом определяется особенностями патологии. Однако все решения согласуются с пациентом. Если больной «не уверен в своих силах», то лучше применять ступенчатую методику (см. р. 1.5.4) Необходимый в конкретном случае срок голодания выбирает не больной, а врач. По желанию пациента после завершения очередной «ступеньки» продолжительность пищевой депривации можно увеличить.

Обсуждение основных принципов РДТ и особенностей методики

Больного следует ознакомить в популярной форме с сутью РДТ и особенностями методики, чтобы он сознательно и адекватно реагировал на изменения в собственном организме, возникающие во время пищевой депривации, а также четко выполнял указания врача.

Общие рекомендации

Во время пищевой депривации пациенту следует вести себя в соответствии с самочувствием, противопоказаний для умственной и легкой физической работы (например, на приусадебном участке) нет.

При достаточной мотивации к проведению лечебного голодания пациент может спокойно находиться в помещении, где готовиться еда, и/или сам может готовить пищу для членов своей семьи. Как показывает наш опыт, это не создает каких-либо проблем для проведения РДТ.

Больному следует объяснить необходимость ежедневных очистительных процедур во время разгрузочного периода лечения (см. в р. 1.5) и научить самостоятельному очищению кишечника с помощью клизмы или предложить проведение мониторного толстокишечного диализа. Особое внимание нужно уделить тому, что пропуск даже одной процедуры может привести к ухудшению самочувствия (головной боли, слабости и др. проявлениям интоксикации). По нашему опыту, мониторный толстокишечный диализ гораздо более эффективен, чем очистительная клизма, так как при его применении у больного практически отсутствуют вышеописанные побочные эффекты.

Во время проведения РДТ у пациента под рукой всегда должны быть телефоны и другие координаты его лечащего врача и медицинского центра.

Ацидотический криз

Пациенту необходимо объяснить в популярной форме что такое ацидотический криз, когда он возникает и как справляться с общим недомоганием, которое иногда появляется на его фоне (питье содового раствора — 0,5 ч.л. соды на 1 ст. воды — небольшими глотками в течение часа). В беседе следует отметить, что проявления ацидотического криза возникают далеко не у всех больных, проходящих РДТ. Грамотная психологическая подготовка пациента и выраженная мотивация к проведению РДТ значительно сокращают вероятность возникновения субъективных проявлений ацидотического криза (вплоть до их отсутствия).

При выявлении ярких признаков ацидотического криза (тошнота, рвота, слабость и т. д.), необходимо проведение инфузионной терапии или гидроколонотерапии с раствором бикарбоната натрия.

При тяжелом течении ацидотического криза пациенту может быть рекомендован постельный режим (под наблюдением медицинского персонала центра) в течение 1–2 дней.

Для профилактики возможных проявлений ацидотического криза в качестве питья используется щелочная минеральная

столовая вода (например, Боржоми).

Во время появления и нарастания ацидоза у больного возникает запах ацетона изо рта, что является нормальным результатом метаболической перестройки организма при РДТ, и не должно настораживать ни врача, ни пациента. Для устранения запаха следует периодически в течение дня (обязательно — утром), чистить язык при помощи зубной щетки и зубной пасты.

Выход из голодания

Во время восстановительного периода применяются различные пищевые рационы — крупяные, соковые, овощные (см. в Приложениях). Назначение того или иного рациона зависит от характера патологии. Так, при язвенной болезни целесообразно начинать выход на кашах или овощных отварах. При назначении сокового рациона необходимо употреблять только **свежевыжатые** (а не пастеризованные или консервированные) соки.

Продукты для выхода из голодания лучше всего покупать в последний день голодания.

Рецептуру некоторых блюд, рекомендованных для восстановительного периода, см. в приложении.

В начале восстановительного периода пациенты зачастую испытывают чувство насыщения даже от минимального количества принимаемой пищи (например, от половины стакана сока). Пациенту следует объяснить, что это явление временное: уровень кислотности и ферментов, регулирующих аппетит, восстанавливается в желудочно-кишечном тракте после голодания постепенно.

Когда у больного восстановился аппетит, ему особенно важно соблюдать умеренность при приеме пищи (питаться маленькими порциями), так как переедание может вызвать серьезные осложнения, вплоть до кишечной непроходимости.

Мы отметили лишь основные общие аспекты, которые необходимо затронуть в предварительной беседе с пациентом, а также во время его ежедневных посещений. Помимо этого врач должен дать каждому больному индивидуальные подробные рекомендации по поведению во время голодания и восстановительного периода с учетом имеющихся особенностей и патологий (рекомендуемая физическая нагрузка, рецепты блюд и т. д.).

Особенности подготовки и проведения лечебного голодания у больных с ожирением

Наш опыт и опыт других авторов показывает, что многие пациенты воспринимают лечебное голодание как эффективный метод снижения веса. Действительно, это подтверждают различные научные публикации. Однако нужно отметить, что проведение лечебного голодания при избыточной массе тела имеет свои методические особенности.

Больного с алиментарным ожирением до проведения РДТ желательно минимум за 1–1,5 месяца перевести на редуцированную диету, что позволит изменить характерные для подобных больных пищевые стереотипы (питание 1–2 раза в день, зачастую на ночь, не ограничивая себя), и выработать новые навыки пищевого поведения:

питание 6 раз в день;

в определенное время;

небольшими порциями.

Указанный подход дает возможность заложить к началу лечения при помощи РДТ базовые принципы рационального питания.

С целью закрепления навыков при переводе на лечебное голодание желательно соблюдение 5-6-разового режима приема жидкости во время пищевой депривации. После завершения голодания следует придерживаться такого же режима при приеме пищи.

Лечащему врачу необходимо скорректировать не только пищевой, но и двигательный режим пациента. Целью комплексного лечения должно быть изменение привычного образа жизни, ставшего причиной алиментарного ожирения. В противном случае голодание принесет лишь кратковременный результат, и пациент восстановит исходный вес или превысит его.

Для больных ожирением РДТ может проводиться как самостоятельное лечение, а также служить подготовительным этапом и способствовать благоприятному исходу при различных хирургических вмешательствах, как по поводу различных сопутствующих заболеваний, так и по поводу самого ожирения (например, при липосакции и т. д.).

Проведение РДТ

Общий контроль

Контроль состояния пациента во время пищевой депривации и восстановительного периода должен проводиться врачом ежедневно. В осмотры следует включать:

· оценку общего состояния (в том числе по ежедневному дневнику самонаблюдения, содержащему сведения о выпитой и выделенной жидкости и т. п.);

· измерение АД, частоты сердечного ритма, выявление возможных его нарушений;

· измерение потери массы тела за сутки.

По результатам ежедневного осмотра врач дает пациенту дальнейшие рекомендации.

Дополнительные процедуры и занятия

Во время посещения медицинского центра больному также могут проводиться:

· мониторный толстокишечный диализ (в том числе с сорбентом, разработанным МАПО СПб, — пастой лигносорб),

· занятия лечебной физкультурой (по индивидуально подобранному комплексу, 2 раза в неделю),

· общий массаж.

В лечение обязательно включаются ежедневные пешие прогулки продолжительностью не менее 2,5–3 часов в день.

Причины для прекращения голодания

Досрочное начало восстановительного периода (ранее оговоренного с пациентом) может быть обусловлено чрезмерно быстрым очищением языка (обычно происходящим к 14 дню пищевой депривации), появлением ярких сновидений с «пищевыми сюжетами» (см. в р. 1.5), а также назначаться при

· ухудшении общего состояния больного в связи с развитием острой инфекции или обострением хронической патологии;

· нарушении сердечного ритма и симптомах коронарной недостаточности;

· ярких проявлениях ацидотического криза в случаях, когда меры, принятые для их купирования (см. р. 1.8), оказываются неэффективными;

· острых психических или невротических расстройствах.

Следует помнить, что в случае необходимости медикаментозную терапию пациентам, находящимся на

голодании, проводят точно так же, как обычным больным.

Выход из голодания см. в р. 1.5.1

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Структура центра

В идеале структура центра должна предусматривать наличие:

Регистратуры

Кабинета врача

Кабинета для взятия анализов

Кабинета для проведения мониторного толстокишечного диализа (гидроколонотерапии) или для очищения кишечника клизмой (во втором случае должен быть предусмотрен туалет)

Массажного кабинета (мануальная терапия, иглорефлексотерапия и др.)

Помещения для проведения водных процедур (душ Шарко, жемчужные ванны и др.)

Бассейна

Сауны или русской (парной) бани

Зала для индивидуальных занятий лечебной физкультурой

Кабинета психологической разгрузки

Однако далеко не всегда в небольшом частном центре есть все необходимые помещения, поэтому зачастую кабинеты совмещают различные функции. Взятие анализов может проводиться в другом медицинском учреждении (желательно порекомендовать пациенту конкретные хорошо оборудованные лаборатории). Если в центре нет бассейна, сауны, русской бани, пациент посещает их самостоятельно. Лечебной физкультурой занимаются на дому или в спортивном зале, иногда ее заменяют прогулками (в том числе, лыжными или велосипедными) в парке или в лесу.

Исходя из логики подготовки больного к РДТ, можно было бы говорить о необходимости включения в структуру центра лаборатории. Однако это не представляется целесообразным (в том числе и по финансовым показателям), по крайней мере, в крупных городах, где существует достаточное количество прекрасно оснащенных лабораторий.

Возможности центра

Даже небольшой частный амбулаторный центр может принимать на лечебное голодание до 200 человек в месяц. Однако при организации работы следует учесть, что из числа обратившихся в центр больных, желающих пройти курс РДТ, какое-то количество будет «отсеяно» из-за противопоказаний (см. р. 1.3).

Подготовка персонала

Врачебный персонал

Врачам, не владеющим методикой РДТ, иногда кажется, что она очень проста. Но следует знать, что лечебное голодание оказывает действие на весь организм, весь спектр обмена веществ. Даже опытного специалиста (если он не знаком с лечебным голоданием) могут испугать вполне естественные при РДТ изменения биохимических анализов, запах ацетона изо рта и др.

Врачу любой специальности, желающему обогатить свою лечебную практику этой эффективной методикой, необходимо пройти соответствующее обучение и получить сертификат. Только в этом случае можно говорить о полной профессиональной ответственности.

Средний медицинский персонал

В медицинском центре, применяющем РДТ, специальное обучение должны пройти не только врачи, но и медицинские сестры. Их следует ознакомить с проявлениями нарастающего ацидоза и научить оказывать необходимую медицинскую помощь.

Обучение методике РДТ

Обучение методике РДТ можно пройти в медицинских учреждениях, специалисты которых имеют большой личный опыт проведения лечебного голодания. Например, в Санкт-Петербурге обучающие программы проводятся на факультете усовершенствования врачей в НИИ пульмонологии при медицинском университете им. акад. И.П. Павлова («Авторская школа профессора А.Н. Кокосова (kokosov_an@mail.ru), (812)499-68-53) и в ООО «ЛЕНмедцентр» у д.м.н., профессора, гастроэнтеролога и диетолога вышей категории Елены Николаевны Лаптевой (lenmedcenter@mail.ru, (812)235-09-47, 2352663).

РЕЦЕПТЫ БЛЮД, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Компот из свежих яблок

Вводится на 1–2 день

Противопоказания: обострение язвенной болезни, панкреатита. При избыточной массе тела, ожирении, сахарном диабете — исключить сахар.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	Брутто	нетто	белки	Жиры	углеводы	
Яблоки	60	55	0,2	-	6,2	24
Сахар	15	15	-	-	15	56
Вода	150	150	-	-	-	-
Всего			0,2	-	21,2	80

Вес готового блюда: 200 г

Краткая технология: Яблоки моют, удаляют семенные гнезда, нарезают дольками. В горячей воде растворяют сахар, доводят до кипения, проваривают 10–12 минут и процеживают. В подготовленный горячий сироп погружают яблоки. Варят при слабом кипении, не более 6–8 минут. Быстро разваривающиеся сорта яблок (антоновские и др.) не варят, а кладут в кипящий сироп, прекращают нагрев и оставляют в сиропе до охлаждения.

Источники:

Рецептура: Покровский. Справочник по диетотерапии. Медицина. 1981 г. Стр. 511.

Технология: Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания. Экономика 1983 г. Стр. 419.

Каша гречневая вязкая

Вводится по схеме: в 1 день 1 ст. л. каши разводится в 1 л воды, на 2 день каша разводится водой 1:1, в неразбавленном виде на 3–4 день. 1–3 день молоко заменяется на воду. С 3–4 дня каша варится с добавлением молока.

Особенно показана при заболеваниях желудочно-кишечного

тракта, избыточной массе тела, ожирении, бронхиальной астме. При сахарном диабете необходимо исключить сахар и учитывать количество хлебных или углеводных единиц, содержащихся в продукте. При избыточной массе тела и ожирении исключить сахар и — до окончания восстановительного периода — сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Крупа гречневая	50	50	6,3	1,3	34	164
Масло сливочное	10	10	0,06	8,2	0,09	75
Молоко	100	100	2,8	3,2	4,7	58
Сахар	5	5	-	-	5,0	19
Вода	60	60	-	-	-	-
Всего			9,2	12,7	44	316

Вес готового блюда: 200/100

Краткая технология: Гречневую крупу засыпают в кипящую жидкость (молоко 100 г + вода 60 г), добавляют соль, сахар и варят, периодически помешивая, до тех пор, пока каша не загустеет, посуду плотно закрывают и оставляют для упревания до готовности (на 1–1,5 часа).

Источники:

Рецептура: Рекомендация кафедры технологии приготовления пищи института советской торговли.

Технология: Покровский. Справочник по диетотерапии. Медицина. 1981 г. Стр. 503.

Яблоко печеное без сахара

Вводится на 3–4 день.

Противопоказания: обострение панкреатита.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Яблоко	150	132	0,5	-	14,9	58
Всего			0,5		14,9	58

Вес готового блюда: 106 г

Краткая технология: Из яблок, не очищая их от кожицы, удаляют семенные гнезда. Затем их кладут на противень,

подливают небольшое количество воды и пекут в жарочном шкафу 15–20 минут (в зависимости от сорта яблок).

Источник:

Технология: Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания. Экономика 1983 г. Стр. 444

Пюре картофельное

Вводится на 3 день на воде (с заменой в рецептуре молока на воду), на 5–6 день на молоке

Противопоказания: избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Картофель с 1.09 с 1.11 с 1.01 с 1.03	 213 228 246 267	160	3,2	0,2	31,5	133
Молоко	40	40	1,1	1,3	1,9	23
Масло сливочное	5	5	-	4,1	-	37
Всего			4,3	5,6	33,4	193

Вес готового блюда: 200 г

Краткая технология: Вареный горячий картофель протирают, используя для этого мясорубку или сито. В горячую картофельную массу кладут растопленное масло и, непрерывно помешивая, вливают за два-три раза горячее молоко.

Источники:

Рецептура: В.И. Воробьев. Организация диетотерапии в ЛПУ. Медицина. 1983 г. Стр. 189.

Технология: Диетическое питание в столовых. Торговая литература. 1962 г. Стр. 121.

Кефир

Вводится на 3–4 день

Противопоказаний нет

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Кефир	200	190	5,3	6,1	7,8	112
Всего			5,3	6,1	7,8	112

Вес готового блюда: 200 г

Источники:

Рецептура — с увеличением на 10 г.: Покровский. Справочник по диетологии. Медицина. 1981 г. стр. 501

Цветная капуста отварная

Вводится на 4–5 день

Без ограничений. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Капуста цветная	250	150	3,8	-	7,3	4,3
Масло сливочное	8	8	-	6,6	-	60
Всего			3,8	6,6	7,3	64,3

Вес готового блюда: 143 (вместе с маслом)

Краткая технология: Подготовленную капусту (разобранную на кочешки) заливают посоленной холодной водой и оставляют в ней на 25–30 минут, затем промывают, кладут в кипящую, слегка подсоленную воду и варят. Готовую капусту поливают растопленным маслом.

Источники:

Рецептура: В.И. Воробьев. Организация диетологии в ЛПУ. Медицина. 1983 г. Стр. 197

Технология: Диетическое питание в столовых. Торговая литература. 1962 г. Стр. 129.

Борщ вегетарианский со сметаной без картофеля

Вводится на 4–5 день без добавления сметаны, на 6–7 со сметаной

Противопоказания: обострение дискинезии желчевыводящих путей. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Свекла до 1.01 с 1.01	 100 106	 80 80	 1,4 1,4	 - -	 8,6 8,6	 38 38
Капуста свежая	186	150	2,7	-	8,1	42
Морковь до 1.01 с 1.01	 25 27	 20 20	 0,3 0,3	 - -	 1,4 1,4	 6 6
Петрушка – корень	7	5	0,1	-	0,5	2
Томат-паста	3	3	0,1	-	0,6	3
Масло сливочное	5	5	-	4,1	-	37
Лимонная кислота	0,3	0,3	-	-	-	-
Зелень	7	5	-	-	-	-
Сметана	10	10	0,3	2,0	0,3	21
Овощной отвар	400	400	-	-	-	-
Всего			4,9	6,1	19,5	149

Вес готового блюда: 500/10

Краткая технология: Для придания борщу более яркой окраски приготавливают свекольный отвар. Очищают наиболее красные экземпляры свеклы, промывают их, натирают на терке или мелко нарезают, заливают двойным по весу количеством горячей воды, добавляют лимонную кислоту, доводят до кипения, но не кипятят. После этого отвару дают настояться 15–20 минут на борту плиты и процеживают. Этот отвар добавляют в готовый борщ перед употреблением. Свеклу и морковь для борща можно подготовить 2 способами:

Их нарезают соломкой и припускают в закрытой посуде с добавлением томата-пюре, масла и небольшого количества воды, периодически помешивая. В начале овощи припускают на сильном огне, а когда они хорошо прогреются, огонь уменьшают. Зрелую свеклу припускают 40–50 минут, молодую — 15–20

минут. С промытой свеклы срезают поврежденные места и, не очищая, заливают горячей водой. Варят свеклу до готовности, затем очищают и нарезают соломкой. Нарезанную морковь припускают в небольшом количестве воды с добавлением сливочного масла.

Капусту шинкуют, закладывают в кипяток и варят до готовности, а затем кладут подготовленную свеклу, петрушку, лимонную кислоту и доводят борщ до готовности. Подают борщ со сметаной.

Источники:

Рецептура: В.И. Воробьев. Организация диетологии в ЛПУ. Медицина. 1983 г. Стр. 182

Технология: Диетическое питание в столовых. Торговая литература. 1962 г. Стр. 62–63.

Компот из сухофруктов

Вводится на 5–7 день.

Противопоказания: избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Сухофрукты	20	20	0,2	-	10,2	43
Сахар	15	15	-	-	15,0	56
Вода	180	180	-	-	-	-
Всего			0,2	-	25,2	99

Вес готового блюда: 200 г

Краткая технология: Сухофрукты перебирают, удаляя посторонние примеси, тщательно промывают в теплой воде, сменяя ее несколько раз. Яблоки и груши заливают горячей водой, вводят сахар и варят до мягкости (35–40 мин), затем добавляют абрикосы, чернослив и изюм. Готовый компот охлаждают и настаивают (желательно не менее 6 час).

Источники:

Рецептура: М.С. Маршак. Диетическое питание. Медицина. 1967 г. стр. 423.

Технология: Б.Л. Смоленский, Ж.И. Абрамова. Справочник по лечебному питанию. Медицина. 1984 г. Стр. 260.

Каша гречневая рассыпчатая

Вводится на 5–8 день.

Особенно показана при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ожирении, бронхиальной астме. При сахарном диабете необходимо учитывать количество хлебных или углеводных единиц, содержащихся в продукте. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Крупа гречневая	72	72	9,1	1,9	49,0	237
Вода	108	108	-	-	-	-
Масло сливочное	5	5	-	4,1	-	37
Всего			9,1	6,0	49,0	274

Вес готового блюда: 150/5

Краткая технология: Поджаренную крупу, после того как она охладиться, засыпают в горячую воду (подсоленную — 8-10 г соли на 1 литр воды), перемешивают и немедленно сливают с крупы всю воду. Затем крупу снова заливают горячей подсоленной водой в таком количестве, чтобы объем крупы и воды (в литрах) получился в два с половиной раза больше объема сухой крупы. Затем, перемешивая, варят при слабом кипении. Как только каша загустеет, ее помещают в жарочный шкаф на 2–2,5 часа. Подают кашу с маслом.

Источники:

Рецептура: Крупа и вода — В.И. Воробьев. Организация диетологии в ЛПУ. Медицина. 1983 г.

Масло и соль — Покровский. Справочник по диетотерапии. Медицина. 1981 г.

Технология: Диетическое питание в столовых. Торговая литература. 1962 г. Стр. 121.

Свекла тушеная

Вводится на 5–6 день без добавления сметаны, на 7–8 день со сметаной.

Добавление сметаны не показано больным с избыточной

массой тела, ожирением, дискинезией желчевыводящих путей, хроническим панкреатитом, синдромом раздраженной толстой кишки с дискинезией по гипермоторному типу. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Свекла до 1.01 с 1.01	 234 248	 188 188	 3,2 3,2	 - -	 20,3 20,3	 90 90
Сметана	10	10	0,3	2,0	0,3	21
Мука пшеничная	3	3	0,3	-	2,2	10
Масло сливочное	5	5	-	4,1	-	37
Вода	30	30				
Всего			3,8	6,1	22,8	158

Вес готового блюда: 100 г

Краткая технология: Свеклу отваривают, мелко нарезают, прогревают с маслом, добавляют сметанный соус и тушат до готовности.

Источники:

Рецептура: В.И. Воробьев. Организация диетологии в ЛПУ. Медицина. 1983 г. Стр. 201–202.

Технология: по рекомендации, полученной на консультации кафедры технологии института советской торговли.

Суп овощной вегетарианский протертый

Вводится на 5–6 день без добавления сметаны, на 8–9 день со сметаной.

Противопоказания: обострение дискинезии желчевыводящих путей. При избыточной массе тела и ожирении до окончания восстановительного периода исключить сливочное масло и сметану (далее — по согласованию с лечащим врачом).

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Масло сливочное	5	5	-	4,1	-	37
Сметана	15	15	0,4	3,0	0,5	31
Морковь	50	40	0,5	-	2,8	13
Картофель						
с 1.09 - 1.01	100	75	1,5	-	14,8	62
с 1.01 - 1.03	107	75	1,5	-	14,8	62
с 1.03 - 1.09	125	75	1,5	-	14,8	62
Овощной отвар	250	250	-	-	-	-
Всего			2,4	7,1	18,1	143

Вес готового блюда: 250 г

Краткая технология: Картофель отваривают. Морковь нарезают и припускают до готовности. Овощи протирают вместе с отваром в горячем виде, доводят до нужной консистенции овощным отваром и доводят до кипения. Затем охлаждают до 70 ˚С и заправляют сметаной. Кладут сливочное масло.

Источники:

Рецептура: 7-дневное меню ГУЗЛ.

Технология: рекомендации из справочника по лечебному питанию для диет сестер и поваров. Б.Л. Смолянский, Ж.И. Абрамова. Медицина. 1984 г.

Горошек зеленый

Вводится на 6–7 день.

При сахарном диабете требует контроля уровня сахара в крови. Противопоказания: состояния с сопутствующим метеоризмом, непереносимость бобовых.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Горошек зеленый	125	100	3,1	0,2	7,1	41
Масло сливочное	5	5	-	4,1	-	37
Всего			3,1	4,3	7,1	78

Вес готового блюда: 100 г

Краткая технология: Горошек в собственном отваре доводят

до кипения. Перед употреблением заправляют растопленным маслом.

Источники:

Рецептура: Покровский. Справочник по диетотерапии. Медицина. 1981 г. Стр. 509.

Технология: Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания. Экономика 1983 г. Стр. 142.

Омлет белковый запеченный

Вводится на 6–7 день.

Противопоказания: аллергическая реакция на блюда из яйца

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Яичный белок	2 шт.	49 г	3,8	3,4	-	47
Молоко	60	60	1,7	1,9	2,8	34
Масло сливочное	2	2	-	1,6	-	15
Всего			5,5	6,9	2,8	96

Вес готового блюда: 100 г

Краткая технология: К белкам яиц добавляют молоко и соль. Смесь тщательно размешивают, выливают на смазанный противень и ставят в жарочный шкаф (180–200 °С) на 8-10 минут.

Источники:

Рецептура: Покровский. Справочник по диетотерапии. Медицина. 1981 г. Стр. 500.

Технология: Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания. Экономика 1983 г. Стр. 208.

Рыба отварная

Вводится на 6–7 день.

Противопоказания: аллергия на рыбу.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
1. Треска – филе	150	141	24,7	0,8	-	106
2. Судак н/разд.	150	97	14,4	0,6	-	63
3. Хек н/разд.	150	96	13,1	1,7	-	63
4. Ледяная н/р.	150	85	11,1	1,0	-	54
5. Минтай – спинка	150	142	22,6	0,9	-	99
6. Окунь морской н/р.	150	79	13,9	3,2	-	92
7. Путассу н/р.	150	100	16,1	0,9	-	72
8. Ставрида н/р.	150	91	13,3	3,6	-	86
9. Треска н/р.	150	85	12,1	0,4	-	52
Морковь	4	3	-	-	0,2	1
Петрушка - корень	3	2	-	-	0,2	0,9
Всего						

Вес готового блюда: 1- 111 г, 3 — 79 г, 5 — 117 г, 7 — 85 г, 9 — 75 г, 2 — 78 г, 4 — 70 г, 6 — 64 г, 8 — 73 г

Краткая технология: Обработанную непластованную рыбу нарезают на куски (по одному на порцию). На поверхности каждого кусочка делают 2–3 надреза. Затем куски кладут в посуду в один ряд кожей вверх, заливают горячей водой, уровень которой должен быть на 1–2 см. выше поверхности рыбы, добавляют морковь, петрушку, соль. Когда жидкость закипит, удаляют пену и варят рыбу до готовности без кипения при температуре 90 ˚С. Хранят отварную рыбу в горячем бульоне не более 30–40 мин.

Источники:

Рецептура: В.И. Воробьев. Организация диетологии в ЛПУ. Медицина. 1983 г. Стр. 214.

Технология: Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания. Экономика 1983 г., стр. 225–226.

Говяжьи кнели

Вводится на 10–14 день.

Без ограничений.

Наименование продуктов	Вес, г		Химический состав, г			Калории
	брутто	нетто	белки	жиры	Углеводы	
Мясо: Говядина II кат.	100	71	14,3	5,0	-	102
Говядина I кат.	100	74	14,0	9,2	-	138
Хлеб пшеничный	15	15	1,2	0,2	7,0	33
Молоко	22	22	0,6	0,7	1,0	13
Яйцо	¼	10	1,3	1,1	0,1	16
Масло сливочное	3	3	-	2,5	-	22
Всего	Говядина II кат. Говядина II кат.		17,4 17,1	9,5 13,7	8,1 8,1	186 222

Вес готового блюда: 98 г. говядина II кат., 101 г. говядина I кат.

Краткая технология: Подготовленное мясо пропускают через мясорубку с двумя решетками, соединяют с пшеничным хлебом, предварительно замоченным, и еще раз пропускают через мясорубку. Добавляют масло, яйцо, молоко и хорошо взбивают. Из этой массы разделывают кнели и отваривают их на пару или пропускают под крышкой.

Источники:

Рецептура: Диетическое питание в столовых. Торговая литература. 1962 г. Стр. 103–104. Яйцо вписано на основании — Сборник рецептур и технологии приготовления блюд. Экономика, 1971, стр. 119. Яйцо добавляется вместе с маслом и молоком.

Технология: Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания. Экономика 1983 г. Стр. 321–322. Выход на основании таблиц указанного источника.

Успех работы центра по амбулаторному проведению РДТ зависит от грамотной работы всего медицинского персонала. Однако в условиях рыночной экономики он может зависеть и от других показателей: организации работы, правильного составления комплекса медицинских услуг, точно рассчитанных цен, удачно выбранного места расположения, хорошо продуманной рекламы и т. п. Поэтому, приступая к созданию такого центра, необходимо тщательно продумать не только медицинские, но и другие аспекты его работы.

ЛИТЕРАТУРА

Лечебное голодание при внутренних болезнях. Методическое пособие. Авт.: Кокосов А.Н., Луфт В.М., Ткаченко Е.И., Хорошилов И.Е. СПб, Изд-во «Лань»,1998.-64 с.

Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней: перспективы внедрения метода в системе органов здравоохранения и санаторно-курортного лечения….Под ред. А.Н.Кокосова, Пер. на англ. яз. СПб., Изд-во «Лань», 2001.-160 с.

Методические рекомендации по дифференцированному применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях (для врачей терапевтов, диетологов, невропатологов и психиатров с правом переиздания местными органам здравоохранения). Авт.:М.А.Самсонов,Ю.С.Николаев,А.Н.Кокосов и др. Утверждены Начальником Главного Управления лечебно-профилактической помощи взрослому населению. М.,1990,-31 с

Разгрузочно-диетическая терапия заболеваний внутренних органов. Методические рекомендации, Утверждены Начальником Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ.) Авт.: Бакулин И.Г., Волков В.В., Дьяконов М.М. и др., М., ВоенИздат, 1993.-54 с.

Разгрузочно-диетичесчкая терапия в клинике внутренних болезней.\\ Сб. научн. тр. Под ред. М.Н.Волгарева, В.А.Максимова… (МЗ РФ,РАМН, Институт питания РАМН), М.,1993.-124 с.

Пашутин В..В. Курс общей и экспериментальной патологии (патологической физиологии). Том 2, часть 1.,СПб, 1902.-1726 с.

Николаев Ю.С. Инструктивно-методическое письмо в АН СССР: Лечение нервно-психических заболеваний дозированным голоданием. М.1969..-68 с.

Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина. Под ред. А.Н. Кокосова. Перевод на англ. яз. СПб, Изд-во «СпецЛит». 2002-94 с. (Серия «Байкальские чтения-1»)

Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина. Под ред. А.Н. Кокосова. Перевод на англ. яз. СПб, Изд-во «СпецЛит».,2005.- 256 с. (Серия. «Байкальские чтения-2»)

РДТ в Республике Бурятии 10 лет. Сборник — .. Иркутск., Изд-во «Облмашинформ», 2004.-304 с., илл.

Fahrner H Fasten als Therapie. Stuttgart: Hippokrates, 1985, 212 s.